

# NOTIFICACION DE REEMBOLSO DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA, SOLAMENTE POR ERRORES DE OFICINA

Fecha de la Notificación : \_\_\_\_\_  
Nombre del caso : \_\_\_\_\_  
Número : \_\_\_\_\_  
Nombre del Trabajador : \_\_\_\_\_  
Número : \_\_\_\_\_  
Teléfono : \_\_\_\_\_  
Dirección : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

┌ \_\_\_\_\_ ┐  
└ \_\_\_\_\_ ┘

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

**Audiencia con el Estado:** Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En la siguiente página se le explica cómo hacerlo. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

El Departamento de Bienestar Público del Condado cometió un error. Se le emitió una cantidad excesiva de estampillas para comida a:

- su grupo para fines de estampillas para comida (grupo).
- el grupo, al cual usted patrocinó.

La razón es la siguiente:

El grupo recibió la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ en estampillas para comida.

El grupo debía haber recibido \$ \_\_\_\_\_ en beneficios de estampillas para comida. Usted recibió \$ \_\_\_\_\_ (estampillas para comida extras) menos lo que debía haber recibido.

Tiene que reembolsar los beneficios de estampillas para comida extras. Se emitieron \$ \_\_\_\_\_ en estampillas para comida extras para el período de \_\_\_\_\_. Se redujo esta cantidad \$ \_\_\_\_\_ porque recibimos un reembolso parcial de la cantidad que se debía. Usted ahora debe \$ \_\_\_\_\_.

- No tiene que usar beneficios que recibe del Programa de Ingresos Suplementales de Seguridad (SSI) para reembolsar esta emisión excesiva.
- Los reglamentos federales requieren que tengamos una regla para perdonar cualquier parte de su reclamo si creemos que no puede reembolsarlo. Solamente perdonamos la parte del reclamo en la cual el Condado cometió el error. Debido que el Condado cometió un error, cobraremos la cantidad mencionada anteriormente reduciendo su cantidad mensual de estampillas para comida un 5% o \$10.00, lo que sea mayor, por un máximo de 36 meses. Después de ese período, cualquier saldo que quede se perdonará y no será cobrado.
- Se cobrará a todas las personas adultas que formaban parte del grupo cuando ocurrió la emisión excesiva.

### USTED TIENE QUE:

Pagar por completo la emisión excesiva de los beneficios de estampillas para comida o completar, firmar y devolver el "Convenio para el reembolso de estampillas para comida, solamente por errores de oficina" (DFA 377.7E1) que se adjunta y pagar en la forma acordada.

**Advertencia:** Esta es su última oportunidad para solicitar una audiencia si usted cree que esta emisión excesiva está equivocada. En la siguiente página se le explica cómo hacerlo. Si continúa recibiendo estampillas para comida, el Condado puede reducir su cantidad mensual que recibe de estampillas para comida para cobrar la emisión excesiva. Si deja de recibir estampillas para comida antes de que se reembolse la emisión excesiva, es posible que el Condado tome la cantidad que usted debe de su devolución estatal/federal de impuestos sobre los ingresos.

### ACCIONES DEL PROGRAMA:

- Se basará su convenio de reembolso en su capacidad actual para pagar según la calcule el Condado. Cualquier cambio en su capacidad para pagar pudiera cambiar sus pagos mensuales.
- Si usted no firma y devuelve el convenio antes de que pasen 30 días a partir de la fecha de esta notificación, la cantidad de estampillas para comida que usted recibe será reducida \_\_\_\_\_ % comenzando en \_\_\_\_\_.
- Si usted no paga, es posible que el Condado utilice otros medios para cobrar la cantidad que usted debe, como por medio de la corte, otros métodos de agencias de cobros y por una acción de cobros del gobierno federal.
- Si más tarde se determina que este error de oficina es una violación intencional del programa, se aplicarán las sanciones aun cuando usted esté de acuerdo en reembolsar lo que debe.
- Si el reclamo se atrasa o el Condado presenta una demanda en contra del grupo, es posible que se requiera que usted pague los costos adicionales del trámite o de la corte.
- Si usted no paga la cantidad que debe, el Condado puede interceptar su devolución estatal/federal de impuestos sobre los ingresos y/o hacer una petición a la corte para embargar su sueldo o cualquier otra clase de propiedad que usted posea.

**Reglas:** Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP 63-801.22, 63-801.43, 63-801.7, Lomeli v. Saenz y Duarte v. Saenz.

## SU DERECHO A UNA AUDIENCIA

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia si no está de acuerdo con cualquier acción que el condado tome. Solamente tiene 90 días para solicitar una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de la fecha en que el condado le dio o envió esta notificación.

Si solicita una audiencia antes de que entre en vigor una acción en relación a la asistencia monetaria, Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California), estampillas para comida, o cuidado de niños:

- Su asistencia monetaria/Medi-Cal no cambiará mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia.
- Es posible que sus servicios de cuidado de niños no cambien mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia.
- Sus estampillas para comida no cambiarán mientras espera a que se lleve a cabo la audiencia o hasta el final de su período de certificación, lo que ocurra antes.

Si la decisión de la audiencia indica que estamos en lo correcto, usted nos deberá cualquier asistencia monetaria, estampillas para comida o servicios de cuidado de niños que haya recibido de más. Para que reduzcamos o paremos sus beneficios antes de la audiencia, marque a continuación: Sí, reduzcan o paren:

Asist. monetaria    Estamp. para comida    Cuidado de niños

Mientras que espera la decisión de una audiencia relacionada a: Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (Welfare to Work):

No tiene que participar en las actividades.

Es posible que reciba pagos en relación al cuidado de niños para trabajar y participar en actividades aprobadas por el condado antes de esta notificación.

Si le dijimos que los pagos para sus otros servicios de apoyo pararían, no recibirá más pagos, aunque participe en la actividad.

Si le dijimos que pagaríamos sus otros servicios de apoyo, se le pagarán de acuerdo a la cantidad y de la manera que le indicamos en esta notificación.

- Para recibir esos servicios de apoyo, tiene que participar en la actividad en que el condado le pidió que participara.
- Si la cantidad que el condado le pague para servicios de apoyo mientras que espera la decisión de la audiencia no es suficiente para que usted pueda participar, puede dejar de participar en la actividad.

Cal-Learn (un programa de California para la educación de los padres adolescentes que reciben asistencia monetaria):

- No puede participar en el Programa de Cal-Learn si le dijimos que no le podemos asistir.
- Solamente pagaremos los servicios de apoyo de Cal-Learn si se trata de una actividad aprobada.

## OTRA INFORMACION

**Miembros de planes de cuidado médico administrado de Medi-Cal:** Es posible que la acción de esta notificación no le permita recibir servicios de su plan de salud de cuidado médico administrado. Puede comunicarse con la oficina de servicios de membresía de su plan de salud si tiene preguntas.

**Mantenimiento de niños y/o en relación al cuidado de la salud:** La oficina local de mantenimiento de hijos le ayudará gratuitamente a cobrar mantenimiento de hijos, aunque usted no esté recibiendo asistencia monetaria. Si ahora cobran mantenimiento de hijos para usted, continuarán haciéndolo a no ser que usted les pida por escrito que lo dejen de hacer. Le mandarán la cantidad actual de mantenimiento que se cobre pero se quedarán con los atrasos que se cobren que se le deban al condado.

**Planificación familiar:** La oficina de bienestar le dará información cuando usted la pida.

**Expediente de audiencia:** Si solicita una audiencia, la División de Audiencias con el Estado abrirá un expediente. Usted tiene derecho a ver este expediente antes de la audiencia y a recibir una copia de la declaración escrita de posición del condado relacionada a su caso por lo menos dos días antes de la audiencia. Es posible que el estado le dé el expediente de audiencia de usted al Departamento de Bienestar, y a los Departamentos de Salud y Servicios Humanos y de Agricultura de los Estados Unidos (**Secciones 10850 y 10950 del Código de Bienestar Público e Instituciones [W&I].**)

## PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA:

- **Complete esta página.**
- Haga una copia de ambos lados de esta hoja para sus expedientes. Si la pide, su trabajador le dará una copia de esta hoja.
- **Envíe o lleve esta hoja a:**

O

- **Llame gratuitamente al: 1-800-952-5253.** Las personas sordas/con problemas del habla que usan TDD\* pueden llamar al **1-800-952-8349.**

**Para obtener ayuda: Puede pedir información acerca de su derecho a una audiencia o sobre oficinas de asesoramiento legal llamando a los teléfonos estatales gratuitos mencionados arriba.**

Es posible que pueda recibir asesoramiento legal gratuito en la oficina local de asesoramiento legal o en la oficina de defensa de los derechos relacionados a la asistencia pública.

**Si no quiere ir a la audiencia solo, puede llevar a un amigo o a otra persona con usted.**

## PETICION PARA UNA AUDIENCIA

Deseo solicitar una audiencia a causa de una acción tomada por el Departamento de Bienestar Público del Condado de \_\_\_\_\_ acerca de mi(s):

Asistencia monetaria    Estampillas para comida    Medi-Cal

Otro (anote) \_\_\_\_\_

**La razón es la siguiente:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_